

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**Стебунов С.С.<sup>1</sup>, Рычагов Г.П.<sup>2</sup>**

*ГУ «Республиканская больница» Управления делами Президента  
Республики Беларусь»<sup>1</sup>*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>*

Высокий уровень рецидивов после традиционных видов герниопластики грыж брюшной стенки (до 15 – 20%) способствовал разработке новых методик ненатяжной операции с использованием сетчатых эндопротезов, которые начали широко применять для лечения грыжевой болезни. Наибольшую популярность в настоящее время получила полипропиленовая сетка.

Мы располагаем опытом лечения 182 больных в возрасте от 31 до 82 лет. Женщин было 57, мужчин 125. Традиционная герниопластика нами применена у 112 больных: у 56 была вентральная грыжа или грыжа белой линии живота и у 66 – паховая или пахово-мошоночная грыжа /по методике lichtenstein/. Лапароскопическая герниопластика произведена у 70 больных: у 65 по поводу паховой и у 5 вентральной грыж. У 8 больных произведена одномоментная двухсторонняя герниопластика. У 37 больных

использована отечественная и у 145 – импортная полипропиленовая сетка.

Послеоперационный период у большинства больных как при использовании традиционных, так и лапароскопических герниопластик с использованием пропиленовой сетки протекал удовлетворительно. Послеоперационные осложнения наблюдались лишь у 8 (4.3 %) больных. После традиционной герниопластики в одном случае отмечено нагноение раны, потребовавшее удаления сетчатого эндопротеза отечественного производства, во 2-м развилась серома, излеченная консервативно.

При лапароскопической герниопластике послеоперационное осложнение встречалось в 6-ти случаях: в одном – отмечена гематома мошонки, которая рассосалась после консервативной терапии, во втором – после пластики вентральной грыжи, развившейся после аденомэктомии произошло инфицирование мочой сетчатого эндопротеза, вследствие термической травмы на 8-е сутки развился свищ мочевого пузыря. После удаления эндопротеза и наложения эпицистостомы наступило выздоровление больного. В одном случае наблюдалось кровотечение из параумбиликального прокола брюшной стенки, потребовавшее релапароскопии. У двух больных после грыжесечения пахово-мошоночных грыж наблюдалась водянка оставленной части грыжевого мешка, которая излечена путем неоднократных пункций.

Послеоперационной летальности не было. При наблюдении больных в течение до 5 лет рецидивов грыжи не наблюдалось.

При сопоставлении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики необходимо отметить определенные преимущества последней. Это выражалось в более легком течении послеоперационного периода, наличии возможности лапароскопической диагностики сопутствующей патологии и устранения ее по ходу операции без дополнительных разрезов. Среди наших больных в 21 случае наряду с герниопластикой выполнены различные симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Преимущества лапароскопического метода наиболее явны также при двухсторонних паховых грыжах и рецидивах.

Недостатком лапароскопической герниопластики можно считать необходимость общего обезболивания, в то время как традиционная операция часто выполняется под местной анестезией. Необходимо также учитывать большую стоимость лапароскопического метода по сравнению с открытыми способами, что компенсируется экономией в

послеоперационном периоде. Лапароскопия не может быть применена при тяжелых сопутствующих заболеваниях, когда имеется высокий риск применения общего обезболивания и карбоксиперитонеума.

Таким образом, герниопластика с использованием пропиленовой сетки в традиционном и лапароскопическом исполнении является перспективным направлением лечения грыжевой болезни. Для этой цели можно успешно использовать как импортные, так и отечественные сетчатые протезы.